



ORIGINALES

Validación de una herramienta de prescripción de cuidados básicos estandarizados y evaluables con temporalidad

Validation of a prescription tool for basic care with time assessment

Víctor González-Chordá ¹

Jesús Cremades Puerto ²

Víctor Pérez Cantó ³

Fuensanta Hellín Gil ⁴

Loreto Maciá Soler ⁵

¹ Profesor Ayudante Doctor. Departamento de Enfermería. Universitat Jaume I. Castellón. España.

² Doctor en Enfermería. Hospital General Universitario de Elda (Alicante). España.

³ Profesor Asociado de Gestión de Servicios. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante.

⁴ Doctora en Enfermería. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

⁵ Profesora Titular. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante España.

E-mail: vchorda@uji.es

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.319711>

Recibido: 28/01/2018

Aceptado: 02/04/2018

RESUMEN:

Introducción: La prescripción de cuidados básicos con temporalidad en unidades de hospitalización médico-quirúrgicas representa una laguna en los planes de cuidados y los estudiantes de enfermería no pueden adquirir la competencia de gestionar cuidados básicos. El objetivo de este estudio es validar un plan de cuidados estandarizado para prescribir cuidados que pueda ser utilizado por estudiantes de enfermería durante la adquisición de las competencias relacionadas con cuidados básicos.

Método: Se llevó a cabo un estudio cuali-cuantitativo con paneles de expertos combinando las técnicas grupo nominal (generar la hipótesis de trabajo y desarrollo del método de prescripción), Delphi modificado (validez de contenido) y grupo focal como técnica complementaria para alcanzar consenso. El estudio se realizó durante un periodo de 18 meses entre 2013-2014.

Resultados: Se han construido tres parrillas de prescripción de cuidados estandarizados utilizando la escala de Barthel que utilizan los estudiantes de enfermería de segundo curso de Grado en la Universidad Jaume I de Castellón, con soporte electrónico.

Conclusiones: En la revisión de la literatura no se han identificado trabajos que especifiquen cómo llevar a cabo estudios de validez de planes de cuidados estandarizados. En este estudio se utilizó una combinación de métodos similar a la utilizada por otros autores para el desarrollo de diferentes herramientas. Con este sistema de registro y prescripción se puede evaluar la calidad de los cuidados y potenciar el rol responsable de enfermería en unidades médico-quirúrgicas.

Palabras clave: Prescripción; Cuidados básicos; Planes de cuidados estandarizados.

ABSTRACT:

Introduction: The prescription of basic care with temporality in medical-surgical hospitalization units represents a gap in the care plans and nursing students cannot acquire the competence of managing basic care. The objective of this study is to validate a standardized care plan to prescribe care that can be used by nursing students during the acquisition of skills related to basic care.

Methods: A qualitative and quantitative study was carried out, including panels of experts combining nominal group techniques (generating hypothesis of the research and the development of prescription method) with Delphi method modified (content validity) and a focus group as a complementary method in order to reach consensus. The study was carried out over a 18-month time period between 2013-2014.

Results: Three levels prescribing standardized cares have been created. This has been made by using Barthel scale which is used in an electronic form by second-year nursing students at University Jaume I in Castellón.

Conclusions: Studies that specify how to carry out standardized validated studies of care plans have not been identified in literature review. In this study a combination of methods was used, similar to that which was used by other authors in order to develop different types of tools. With this registration and prescription system it is possible to evaluate the quality of cares and reinforce the role of nursing in hospital medical-surgical units

Keywords: Prescription; Basic care; Standardised care plans.

INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva paciente o usuario del sistema sanitario en algunos contextos cuesta identificar servicios de enfermería como la ejecución de competencias que solo una enfermera está cualificada para realizar. Así, la competencia de diagnosticar cuidados de enfermería se recoge en la directiva comunitaria 2013/55/UE del parlamento europeo y del consejo de 20 de noviembre de 2013 para profesiones reguladas, incorporada al ordenamiento jurídico español en junio de 2017¹ y, sin modificar aspectos clave recogidos en directivas anteriores, se aporta una adecuación del ejercicio profesional a los requerimientos sanitarios actuales que pueden contribuir a que se identifiquen competencias y servicios de enfermería. Junto con la competencia diagnosticar cuidados de enfermería, esta directiva recoge otras competencias que se presentan en el cuadro 1.

Cuadro 1: Competencias de una enfermera responsable de cuidados generales en el entorno de la UE

1. Competencia para diagnosticar de forma independiente los cuidados de enfermería necesarios utilizando para ello los conocimientos teóricos y clínicos, y para programar, organizar y administrar cuidados de enfermería al tratar a los pacientes
2. Competencia para colaborar de forma eficaz con otros actores del sector sanitario, incluida la participación en la formación práctica del personal sanitario sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos de conformidad
3. Competencia para responsabilizar a las personas, las familias y los grupos de unos hábitos de vida sanos y de los cuidados de la propia salud sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos
4. Competencia para, de forma independiente, tomar medidas inmediatas para mantener la vida y aplicar medidas en situaciones de crisis y catástrofe
5. Competencia para, de forma independiente, dar consejo e indicaciones y prestar apoyo a las personas que necesitan cuidados y a sus allegados.
6. Competencia para, de forma independiente, garantizar la calidad de los cuidados de enfermería y evaluarlos.
7. Competencia para establecer una comunicación profesional completa y cooperar con miembros de otras profesiones del sector sanitario.
8. Competencia para analizar la calidad de los cuidados y mejorar su propia práctica profesional como enfermera responsable de cuidados generales.

Al aplicar estas competencias en el ámbito hospitalario se contribuye a definir la cartera de servicios de enfermería que, en ocasiones, se asocia exclusivamente a cuidados interdependientes y derivados de la enfermedad, olvidando la responsabilidad de enfermería sobre los cuidados relacionados con la pérdida de autonomía durante la hospitalización. Una vez asumida esta responsabilidad, se pueden conocer las causas de los posibles problemas derivados de la hospitalización, implantar programas de mejora de calidad, abrir líneas de investigación y mejorar el cuidado.

En la universidad española, la formación teórica y de simulación sobre estas competencias se imparte desde varias asignaturas, tal como se recoge en distintos planes de estudios, estando regulados por una orden ministerial, que propicia similitudes formativas². Mientras que en los hospitales del sistema sanitario español y en otros países³, existen distintos modelos de organizativos de cuidados, provocando en los estudiantes de enfermería cierto desajuste conceptual al observar diferencias entre teoría y práctica. Así, los estudiantes observan que el cuidado básico está gestionado por otros miembros del equipo y sin embargo, los efectos adversos de la hospitalización relacionados con los cuidados básicos se imputan a la calidad de los cuidados de enfermería, entrando en una contradicción de aprendizaje.

Los primeros cuidados que aprende un estudiante de enfermería son cuidados básicos en unidades médico-quirúrgicas, tan importantes que su gestión adecuada evita problemas como malnutrición⁴ o úlceras por presión⁵. La gestión de los cuidados básicos comienza con la evaluación diaria del paciente y requiere una prescripción de cuidados con temporalidad, de manera que los cuidados prescritos puedan ser evaluados continuamente y se observe la responsabilidad de enfermería sobre la evolución del paciente en los registros de actividad.

El aprendizaje de la competencia relacionada con cuidados básicos de enfermería en la Universitat Jaume I se realiza durante el segundo cuatrimestre de segundo curso del grado en enfermería, desde las asignaturas relacionadas y con prácticas clínicas asociadas. Los contenidos teóricos se imparten en aula y sala de simulación y la práctica clínica se realiza en unidades médico-quirúrgicas de los hospitales públicos de Castellón (España) bajo la tutela de enfermeras clínicas acreditadas por la universidad.

Además, durante las prácticas clínicas los estudiantes utilizan un Sistema de Registros de Actividad Informatizado (SRAI). El SRAI es una aplicación informática de aprendizaje y evaluación de la competencia desarrollada por el profesorado de las asignaturas en base a las competencias de las materias que integran el plan de estudios. El departamento de enfermería facilita a cada estudiante una tablet y los hospitales facilitan el acceso a sus redes Wi-Fi para que éstos puedan cumplimentar en tiempo real los registros relacionados con los pacientes que tienen asignados.

Una de las principales características del SRAI es que refleja la metodología enfermera, principalmente la planificación y prescripción de cuidados, siendo esta una de las principales lagunas de los registros de enfermería^{6,7}. Para facilitar la valoración diaria de la capacidad funcional se utiliza la escala Barthel⁸ como clasificador de pacientes, pasando de 5 a 3 niveles de puntuación, incluyendo también escalas validadas de valoración de resultados sensibles a la práctica enfermera^{9,10}, como caídas, úlceras por presión o desnutrición. El SRAI incluye en cada grupo de pacientes un plan de cuidados estandarizados según capacidad funcional que consideran los cuidados básicos relacionados con higiene, alimentación, ejercicio y movilidad, eliminación, descanso y sueño, hemodinámica y seguridad, con prescripción de actividades por turno. La individualidad del cuidado se respeta con el registro de las variaciones ocurridas durante el proceso asistencial.

En este estudio se presentan los resultados de la validación del modelo de prescripción de cuidados básicos estandarizado que se utiliza para la formación de estudiantes de segundo curso del grado en enfermería de la Universitat Jaume I de Castellón en el entorno de unidades médico-quirúrgicas de hospitalización.

OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO

Validar un plan de cuidados estandarizado para prescribir cuidados que pueda ser utilizado por estudiantes de enfermería durante la adquisición de las competencias relacionadas con cuidados básicos.

METODOLOGÍA

El diseño y validación del plan de cuidados estandarizado con prescripción temporal de cuidados básicos se llevó a cabo con un estudio cuali-cuantitativo con paneles de expertos combinando las técnicas grupo nominal (generar la hipótesis de trabajo y desarrollo del método de prescripción), Delphi modificado (validez de contenido)¹¹ y grupo focal como técnica complementaria para alcanzar consenso¹². El estudio se realizó durante un periodo de 18 meses entre 2013-2014.

Participantes

El grupo nominal estuvo integrado por seis profesores enfermeros que comparten la materia “Procesos asistenciales” en los estudios de Grado Enfermería de la Universitat Jaume I (España).

En el método Delphi se invitó a participar a un total de 40 expertos a través de entrevista personal, llamada telefónica o correo electrónico. Los expertos aceptaron participar respondiendo a otro correo electrónico con una carta de presentación (fundamento, objetivos y metodología) y consentimiento informado. Se identificaron tres grupos de expertos: 1) Profesores de enfermería (profesor a tiempo completo, máster o doctor, tutor de estudiantes en prácticas); 2) Enfermeras clínicas de unidades médicas (3 años de experiencia en medicina interna, neurología, digestivo, cardiología o neumología); 3) Enfermeras clínicas de unidades quirúrgicas (3 años de experiencia en cirugía, urología o traumatología).

Todos los expertos que finalizaron las cuatro rondas del Delphi recibieron un correo electrónico agradeciendo su participación e invitándoles a participar en el grupo focal. La composición del grupo focal fue 5 enfermeras clínicas y 2 profesores de enfermería y estuvo moderado por la investigadora principal.

Actividades realizadas por cada grupo de expertos

El grupo nominal revisó la literatura sobre registros de enfermería en unidades de hospitalización; estandarización de cuidados, sistemas de clasificación de pacientes y métodos de evaluación de la capacidad funcional. El trabajo del grupo nominal se llevó a cabo entre junio de 2013 y enero de 2014. Los resultados se presentaron en diferentes reuniones. Se desarrolló el método de prescripción de cuidados y un primer documento con los planes de cuidados estandarizados (PCE).

Posteriormente, se realizó un estudio con método Delphi modificado¹³ de 4 rondas, entre marzo y septiembre de 2014. Se utilizó un cuestionario on-line estructurado a través de la plataforma SurveyMonkey®. En cada ronda los expertos recibieron por correo electrónico el enlace al cuestionario on-line, informándoles de la fecha límite de respuesta. Se estableció un tiempo de respuesta de 3 semanas y 2 semanas de análisis y elaboración del nuevo cuestionario. Tras cada ronda se realizó un feedback de los resultados. Los expertos que no completaron alguna ronda o desearon abandonar fueron excluidos. Los cuestionarios incorporaban campos de texto libre para que los participantes pudiesen expresar libremente sus opiniones y aportar sus ideas, evitando un sesgo de opinión. Se enviaron recordatorios semanales y se facilitó soporte técnico durante los periodos de respuesta.

En la primera ronda se facilitó a los expertos un documento con las conclusiones del grupo nominal. El cuestionario de la primera ronda tenía dos partes: Variables sociodemográficas y Procedimientos de cuidados. Los expertos puntuaron el nivel de relevancia de los procedimientos a través de una escala tipo Likert de 1 (nada relevante) a 5 (muy relevante). También determinaron el tipo de intervención del equipo de cuidados según el nivel de dependencia. Se realizó una segunda ronda que incorporaba los procedimientos sugeridos por los expertos.

El cuestionario de la tercera ronda tenía tres bloques. Cada bloque incorporaba los procedimientos seleccionados en las 2 rondas anteriores organizados según cuidados

básicos. El equipo de investigación ajustó la redacción de los procedimientos según la intervención consensuada en cada nivel de dependencia. Los expertos puntuaron la relevancia de cada procedimiento en cada nivel de dependencia (con la misma escala Likert) y determinaron la frecuencia mínima de realización en un periodo de 24 horas. Se realizó una cuarta ronda con el mismo objetivo considerando las opiniones de los expertos.

Tras las cuatro rondas, no se alcanzó consenso en todos los ítems. Para evitar la fatiga de los expertos y el riesgo de elevadas tasas de abandono, el equipo de investigación decidió realizar un grupo focal, como técnica complementaria¹² que permitiese alcanzar un consenso y diseñar la primera versión de los PCE. El grupo focal se realizó en noviembre de 2014. Con una semana de antelación, el equipo de investigación envió a los participantes del grupo focal una carta de presentación y un documento de trabajo con un resumen de los resultados, un borrador de los PCE y los puntos a tratar durante la reunión. Fue moderado por un miembro del equipo de investigación mientras otro tomaba notas de los comentarios.

Análisis de datos

El perfil sociodemográfico de los expertos se analizó de forma descriptiva, con media y desviación típica para las variables continuas y porcentajes para las variables categóricas. Se estableció una tasa de respuesta (TR) del 80% en cada ronda.

Los puntos de corte para establecer consenso en la relevancia de los procedimientos fueron media y mediana (Me) ≤ 3 ¹⁴, índice de validez de contenido (CVI) ≤ 0.78 (porcentaje de respuestas del panel de expertos superiores a 3), índice de Kappa modificado (Km) ≤ 0.6 ¹⁵. El consenso en el tipo de intervención del equipo de cuidados y la frecuencia de realización se estableció en al menos un 60% de respuestas en la misma categoría.

El Overall Scale Average (S-CVI) fue calculado en cada nivel de dependencia y cuidado básico (punto de corte S-CVI ≥ 0.80)¹⁵. Con las puntuaciones de los expertos, se estudió la consistencia interna de los niveles de dependencia y cuidados básicos con Alpha de Crombach (α) (punto de corte $\alpha \geq 0.7$ e incremento de $\alpha \geq 0.2$ para valorar la conveniencia de retirar algún procedimiento)¹⁶. La concordancia entre procedimientos se estudió con índice Kappa de Cohen (Kc) (buena concordancia $Kc \geq 0.6$)¹⁷. El análisis se realizó con SPSS V21 y Excel.

Los comentarios de los expertos en el estudio Delphi fueron clasificados según cuidados básicos y como aspectos generales. El equipo de investigación los analizó y discutió tras cada ronda y se tomaron en consideración en las siguientes rondas y en la elaboración del borrador los PCE que se trabajó en el grupo focal. Del mismo modo, los comentarios realizados en el grupo focal fueron organizados en categorías principales.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el comité deontológico de la Universitat Jaume I de Castellón (España), como parte del proyecto de investigación "Disminución de efectos adversos sensibles a la hospitalización aplicando PCE ajustados según capacidad funcional utilizando un registro electrónico". Los expertos aceptaron participar voluntariamente en el estudio y se mantuvo su anonimato en el estudio Delphi. Se

respetó en todo momento la Ley de Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal y los principios éticos de la declaración de Helsinki, así como los principios fundamentales de la bioética (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia).

RESULTADOS

Grupo nominal

El grupo nominal generó la siguiente hipótesis: “Es posible diseñar y validar una herramienta de prescripción de cuidados diarios requeridos, a través de un sistema de clasificación de pacientes basado en la capacidad funcional de los pacientes y en la aplicación de PCE para cada nivel”.

Capacidad funcional, o nivel de dependencia, se definió como la facultad de una persona para adaptarse a las situaciones de la vida cotidiana sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia¹⁸. Se seleccionó capacidad funcional, como variable adecuada para la clasificación diaria de pacientes por su relación con la cobertura de las actividades básicas de la vida diaria¹⁹, aparición de efectos adversos de la hospitalización²⁰ e influencia en la intensidad de cuidados requeridos, principalmente de los cuidados básicos, independientemente del problema de salud²¹.

Los cuidados básicos se consideraron como el área de toma de decisiones propia para orientar la prescripción de cuidados. Por la falta de evidencia sobre cuáles son los cuidados básicos¹⁹, éstos se concretaron en: higiene, alimentación, ejercicio y movilidad, eliminación, descanso y sueño, hemodinámica y seguridad.

El índice de Barthel (IB) fue la herramienta elegida como clasificador para la evaluación diaria de pacientes por ser una de las escalas más conocidas, estudiadas y validadas a nivel internacional²⁰, además de utilizarse como gold standard para validar otras escalas de dependencia utilizadas en unidades de hospitalización. Se establecieron 3 niveles de dependencia que se recogen en la Tabla 1, en lugar de los 5 originales, ya que pacientes con IB superior a 60 pueden considerarse independientes⁸.

Tabla 1: Niveles de dependencia adaptados del índice de Barthel

Niveles originales		Niveles adaptados	
Dependencia total	0-20	Dependencia elevada	0-20
Dependencia severa	21-60	Dependencia moderada	21-60
Dependencia moderada	61-90		
Dependencia escasa	91-99	Dependencia leve	60-100
Independencia	100		

El grupo nominal encontró coherencia entre ítems valorados en el IB, cuidados básicos y efectos adversos sensibles a los cuidados de enfermería. Por último, se revisaron diferentes manuales de procedimientos de enfermería y se elaboró un listado de 43 procedimientos de enfermería organizados según cuidados básicos. Se determinaron y definieron los tipos de intervención del equipo de cuidados. Esta información fue facilitada a los expertos que participaron en el estudio Delphi.

Estudio Delphi

Perfil demográfico de los expertos

Treinta y cinco expertos aceptaron participar en el estudio. El 48,57% (n=17) eran enfermeras clínicas de unidades médicas y el 25,7% (n=9) enfermeras de unidades quirúrgicas, de cinco hospitales públicos y privados. El resto (n=9) eran profesores universitarios de enfermería de 8 Universidades españolas diferentes.

Rondas I y II

Consistían en ordenar por relevancia los procedimientos y tipo de intervención del equipo de cuidados. Tras las dos primeras rondas, la tasa de respuesta (TR) fue 87,5% (n=30). Los 43 procedimientos iniciales, y tres propuestos por los expertos se consideraron relevantes y se alcanzó consenso en el tipo de intervención del equipo de cuidados según el nivel de dependencia (Tablas 2 y 3).

Tabla 2: Relevancia de los procedimientos tras las rondas 1 y 2 del Delphi

Procedimientos	Relevancia			
	Me	Media	CVI	Km
Higiene				
Higiene corporal	5	4,65	1	1
Higiene del cabello	3	3,44	,79	,79
Higiene de la boca	5	4,59	,97	,97
Higiene de los ojos	4,5	4,09	,91	,91
Higiene de los genitales	5	4,74	1	1
Cambio de ropa de cama del paciente	4	3,97	,88	,88
Cuidado de piel y anejos cutáneos	5	4,53	,94	,94
Cambio de ropa del paciente*	4	3,73	,93	,93
Higiene oreja/oído externo*	3	3,27	,83	,83
Alimentación				
Control de la adecuada alimentación	5	4,76	1	1
Administración de dieta oral	5	4,18	,91	,91
Administración de dieta enteral o parenteral	5	4,71	1	1
Control de adecuada hidratación	5	4,74	1	1
Monitorización nutricional	4,5	4,21	1	1
Eliminación				
Medición y control de diuresis	5	4,59	1	1
Cuidados al paciente continente dependiente	4	4,12	,88	,88
Cuidado de dispositivos de eliminación urinaria	5	4,65	1	1
Movilización de secreciones/fisioterapia respiratoria	4,5	4,35	,97	,97
Fomento de la tos	4	4,06	1	1.
Control de la deposición	4	4,18	1	1.
Descanso y sueño				
Valoración de patrón de sueño	4	4,12	,97	0,97
Favorecer el sueño y descanso del paciente	5	4,47	1	1,00
Hemodinámica				
Valoración de la temperatura corporal superficial	5	4,56	1	1
Valoración de la frecuencia cardíaca	5	4,59	1	1
Valoración de la tensión arterial	5	4,62	1	1
Valoración de la saturación de oxígeno	5	4,59	1	1

Control del balance de líquidos	4,5	4,29	1	1
Control de constantes	5	4,68	,97	,97
Valoración frecuencia respiratoria*	4,5	4,13	,93	1
Ejercicio y movimiento				
Fomento del ejercicio	4	4,09	1	1.
Aplicar el plan de cambios posturales	5	4,82	1	1
Fomentar mecanismos corporales	4	3,91	,94	,94
Fomento de la deambulaci3n	5	4,32	,97	,97
Movilidad articular	4	4,15	,94	,94
Seguridad				
Aplicar protocolo de prevenci3n de UPP	5	4,91	1	1
Aplicar medidas de prevenci3n de caídas	4	4,53	1	1
Aplicar medidas de contenci3n del paciente	4	4,03	,97	,97
Aplicar medidas de prevenci3n de infecciones	5	4,85	1	1
Cuidado de los accesos vasculares periféricos	5	4,71	1	1
Cuidados de los accesos vasculares centrales	5	4,88	1	1
Valoraci3n y manejo del dolor	5	4,74	,97	,97
Educaci3n sanitaria	5	4,53	,97	,97
Control y manejo de las condiciones del entorno	4	4,00	,91	,91
Fomento de la implicaci3n familiar	5	4,44	1	1

* Procedimientos de cuidados ańadidos tras la primera ronda.

Tabla 3: Tipo de intervenci3n tras las rondas 1 y 2 del Delphi

Procedimientos	Tipo de intervenci3n**		
	Leve	Moderado	Elevado
Higiene			
Higiene corporal	1; 88,2	2; 88,2	3; 80*
Higiene del cabello	1; 94,1	2; 82,4	3; 80*
Higiene de la boca	1; 96,1	2; 82,4	3; 80*
Higiene de los ojos	1; 94,1	2; 82,4	3; 80*
Higiene de los genitales	1; 91,2	2; 88,2	3; 80*
Cambio de ropa de cama del paciente	1; 64,7	2; 70,6	4; 76,7*
Cuidado de piel y anejos cutáneos	1; 82,4	2; 91,2	3; 83,3*
Cambio de ropa del paciente	1; 90*	2; 93,3*	3; 83,3*
Higiene oreja/oído externo	1; 93,3*	2; 93,3*	3; 76,7
Alimentaci3n			
Control de la adecuada alimentaci3n	1; 94,1	2; 64,7	4; 90*
Administraci3n de dieta oral	1; 91,2	2; 82,4	3; 76,7*
Administraci3n de dieta enteral o parenteral	4; 90*	4; 90*	4; 93,3*
Control de adecuada hidrataci3n	1; 82,4	2; 64,7	4; 90*
Monitorizaci3n nutricional	4; 76,7*	4; 83,3*	4; 93,3*
Eliminaci3n			
Medici3n y control de diuresis	4; 73,3*	4; 73,3*	4; 90*
Cuidados al paciente continente dependiente	1; 86,7*	2; 90*	3; 73,3*
Cuidado de dispositivos de eliminaci3n urinaria	1; 76,7*	2; 76,7*	3; 73,3*
Movilizaci3n de secreciones/fisioterapia respiratoria	1; 76,7*	2; 80*	3; 73,3*
Fomento de la tos	1; 76,7*	2; 80*	3; 73,3*
Control de la deposici3n	1; 93,3*	2; 76,7*	3; 73,3*
Descanso y sueńo			
Valoraci3n de patr3n de sueńo	1; 70,6*	4; 80*	4; 90*

Favorecer el sueño y descanso del paciente	1; 86,7*	2; 83,3*	3; 66,7*
Hemodinámica			
Valoración de la temperatura corporal superficial	4; 80*	4; 83,3*	4; 67,6
Valoración de la frecuencia cardíaca	4; 61,8	4; 87,6	4; 73,5
Valoración de la tensión arterial	4; 70,6	4; 70,6	4; 70,6
Valoración de la saturación de oxígeno	4; 70,6	4; 70,6	4; 73,5
Control del balance de líquidos	4; 80*	4; 83,3*	4; 70,6*
Control de constantes	4; 67,6	4; 70,6	4; 73,5
Valoración frecuencia respiratoria	4; 73,3*	4; 80*	4; 90*
Ejercicio y movimiento			
Fomento del ejercicio	1; 85,3	2; 85,3	4; 76,7*
Aplicar el plan de cambios posturales	1; 67,6	2; 82,4	4; 80*
Fomentar mecanismos corporales	1; 76,5	2; 82,4	4; 73,3*
Fomento de la deambulaci3n	1; 79,4	2; 88,2	3; 60*
Movilidad articular	1; 79,4	2; 85,3	3; 70*
Seguridad			
Aplicar protocolo de prevenci3n de UPP	4; 76,7*	4; 76,7*	4; 93,3*
Aplicar medidas de prevenci3n de caídas	4; 76,7*	4; 80*	4; 93,3*
Aplicar medidas de contenci3n del paciente	4; 80*	4; 80*	4; 93,3*
Aplicar medidas de prevenci3n de infecciones	4; 76,7*	4; 83,3*	4; 93,3*
Cuidado de los accesos vasculares periféricos	4; 61,8*	4; 70,6*	4; 76,7*
Cuidados de los accesos vasculares centrales	4; 67,6*	4; 76,7*	4; 79,4*
Valoraci3n y manejo del dolor	4; 70*	4; 73,3*	4; 86,7*
Educaci3n sanitaria	4; 93,3*	4; 90*	4; 93,3*
Control y manejo de las condiciones del entorno	4; 60*	4; 66,7*	4; 90*
Fomento de la implicaci3n familiar	4; 73,3*	4; 70*	4; 90*

*Consenso alcanzado en la segunda ronda.

** Tipos de intervenci3n y porcentaje: 1-Supervisi3n; 2-Ayuda; 3-Sustituci3n; 4-Ejecuci3n

Concordancia entre procedimientos

El procedimiento “Control de constantes” ofreci3 buena concordancia con los procedimientos “Valoraci3n de la frecuencia cardiaca” ($K_c=0,612$), “Valoraci3n de la tensi3n arterial” ($K_c=0,654$) y “Valoraci3n de la saturaci3n de oxígeno” ($K_c=0,619$). Del mismo modo, los procedimientos “Aplicar el plan de cambios posturales” y “Aplicar el protocolo de prevenci3n de úlceras por presi3n” con una $K_c=0,622$.

Comentarios de los expertos

Un experto coment3 que “quizá podrí3 incluirse alg3n aspecto relativo a la educaci3n sobre el uso de dispositivos como andadores o silla de ruedas”, por lo que se reformul3 la redacci3n del procedimiento “Fomento de la deambulaci3n” a “Fomento de la deambulaci3n con o sin dispositivos de ayuda”. Los expertos tambi3n sugirieron la inclusi3n de procedimientos relacionados con la seguridad como “Lavado de manos” o “Control de intolerancias alimentarias”, aunque no se incorporarlos por estar contemplados en otros procedimientos. Tres expertos comentaron que en ocasiones result3 complicado elegir los tipos de intervenci3n debido a que existían niveles de

dependencia intermedios. Ninguno ofreció alternativas sobre los tipos de intervención o los niveles de dependencia.

Rondas III y IV

La TR tras la cuarta ronda fue del 60% (n=22). El 32% de los participantes eran profesores de enfermería (n=7), el 44% enfermeras clínicas de unidades médicas (n=11) y el resto de unidades quirúrgicas (n=4). Uno de los cuestionarios fue eliminado por estar incompleto.

Dependencia leve

La S-CVI global fue de 0.85, con valores de S-CVI superiores a 0,8 en todos los cuidados básicos, excepto Higiene (S-CVI=0.78) y Ejercicio (S-CVI=0.79) Once procedimientos de cuidados no cumplieron con todos los criterios de validez establecidos. En el cuidado Higiene fueron “Supervisar higiene de los genitales” (CVI=0.64), “Supervisar higiene de la boca” (CVI=0.72), “Supervisar higiene de los ojos” (media=2.88), “Supervisar higiene de oído externo” (media=2.6), “Supervisar cambio de ropa de cama” (media=2.96) y “Supervisar cambio de ropa del paciente” (media= 2.96). En el cuidado Eliminación fue el procedimiento “Supervisar los cuidados del paciente continente dependiente” (CVI=0.72). En Ejercicio no fueron “Supervisar la utilización de mecanismos corporales” (CVI=0.76; Km= 0,75) y “Supervisar la deambulación del paciente” (CVI=0.72). Tampoco los procedimientos “Aplicar protocolo de prevención de úlceras por presión” (CVI=0.76) ni “Aplicar medidas de contención del paciente” (media= 2.96) del cuidado Seguridad.

El valor de α para el conjunto de procedimientos en este nivel de dependencia fue de 0,906, con valores superiores a 0,877 al estudiar la consistencia interna según los cuidados básicos.

Se alcanzó consenso en la frecuencia de realización cada 24 horas de todos los procedimientos excepto “Supervisión de la adecuada alimentación”, “Supervisar la administración de dieta oral”, “Supervisar los cuidados de los dispositivos de eliminación urinaria”, “Supervisar la deambulación del paciente” y todos los procedimientos de Seguridad (excepto “Realizar los cuidados de los accesos vasculares centrales” y “Realizar educación sanitaria”).

Dependencia moderada

S-CVI fue de 0.94, con valores de S-CVI superiores a 0,8 en todos los cuidados básicos, excepto Eliminación (S-CVI=0.78) (Tabla 5). El procedimiento “Ayudar en la realización de la higiene de oído externo fue el único que no cumplió con todos los criterios de validez establecidos en este nivel de dependencia (S-CVI=0.76).

Alpha de Crombach para el conjunto de procedimientos fue de 0,963, con valores superiores a 0.81 en cada cuidados básico. Ningún procedimiento produjo un aumento de $\alpha > 0.2$ tras ser retirado.

Se alcanzó consenso en la frecuencia de realización cada 24 horas de todos los procedimientos excepto en “Ayudar al paciente en la higiene de la boca”, “Realizar la administración de dieta enteral o parenteral”, “Ayudar a mantener un estado de hidratación adecuado”, “Ayudar al paciente continente dependiente en sus cuidados”, “Ayudar en los cuidados de los dispositivos de eliminación urinaria”, “Ayudar al

paciente a realizar ejercicio”, “Ayudar en la utilización de los mecanismos corporales” y todos los procedimientos de seguridad excepto “Realizar los cuidados de los accesos vasculares periféricos”, “Realizar los cuidados de los accesos vasculares centrales”, “Realizar educación sanitaria” y “Controlar y manejar las condiciones del entorno.

Dependencia elevada

S-CVI fue de 0.96, con valores de S-CVI superiores a 0,8 en todos los cuidados básicos. Todos los procedimientos cumplieron con todos los criterios de validez establecidos (media, mediana, CVI y Kc). Con $\alpha = 0.961$ para el conjunto de procedimientos, el cuidado Alimentación obtuvo un $\alpha = 0,74$ que aumentó hasta 0.914 al retirar el procedimientos “Monitorización nutricional”.

Se alcanzó consenso en la frecuencia de realización cada 24 horas de todos los procedimientos excepto en “Sustituir la paciente en la realización de los genitales”, “Sustituir al paciente en la realización de la higiene de la boca”, “Sustituir al paciente en los cuidados de la piel y anejos cutáneos”, “Sustituir paciente administración dieta enteral o parenteral”, “Realizar la monitorización nutricional”, “Sustituir al paciente continente dependiente”, “Sustituir al paciente en los cuidados de los dispositivos de eliminación urinaria”, “Sustituir al paciente en la utilización de mecanismos corporales”, “Sustituir al paciente en la deambulaci3n”, “Sustituir al paciente en la movilidad articular” y todos los procedimientos del cuidados Seguridad, excepto “Realizar cuidados de los accesos vasculares periféricos”, “Realizar cuidados de los accesos vasculares centrales” y “Realizar educación sanitaria”.

Comentarios de los expertos

Un experto sugiri3 que “los cuidados relacionados con la higiene son responsabilidad de enfermería, aunque en España se realicen por personal auxiliar”.

Un experto sugiri3 que “los procedimientos de sueño y descanso estaban relacionados”, al igual que “Control de una adecuada alimentaci3n” con “Administraci3n de dieta oral”, “Higiene corporal” con “Higiene de los genitales”, “Realizar el balance de líquidos” con “Mantener una adecuada hidrataci3n”, coincidiendo con los resultados de Kappa de Cohen.

Varios expertos sugirieron reiteradamente que la relevancia de algunos procedimientos de los cuidados Alimentaci3n, Eliminaci3n y Hemodinámica “dependía principalmente de la patología del paciente y no de la capacidad funcional”. Del mismo modo, su frecuencia de realizaci3n dependía de la “prescripci3n médica y no se puede establecer una frecuencia mínima de realizaci3n en 24 horas en base a la capacidad funcional”. Por otra parte, procedimientos como “Realizar educaci3n terapéutica” y “Aplicar medidas de prevenci3n de infecciones” se consideraron inherentes a la realizaci3n de otros procedimientos.

Otros expertos afirmaron que “se había establecido un consenso puramente estadístico, y que debería reformularse la redacci3n de los procedimientos, adaptándolos a un lenguaje sanitario más entendible para los profesionales y aplicarse en entornos clínicos reales”. Un experto sugiri3 que “era conveniente

establecer acciones más concretas en aquellos procedimientos que se relacionaban con la aplicación de protocolos”, aunque no especificó ninguna.

Grupo focal: primera versión de los PCE

Del análisis del discurso se extrajeron cuatro categorías: (1) dificultades de prescripción, (2) escalas de evaluación, 3) lenguajes estandarizados y (4) frecuencia de realización.

“Falta de conocimiento de las funciones de la enfermería”, “delegación de tareas” y la “dicotomía entre estandarización e individualidad del cuidados” fueron las dificultades comentadas por los expertos a la hora de realizar la prescripción de cuidados. Una participante afirmó que “la idea era buena y que servía de base para avanzar en la prescripción de cuidados”. Varios participantes afirmaron que “pensaba en casos reales cuando cumplimentaba los cuestionarios”.

Respecto al uso de escalas de valoración, un experto comentó que “es difícil establecer métodos de medida que sean factibles en la práctica clínica”, aunque el índice de Barthel “parece una herramienta adecuada para determinar las necesidades de cuidados” pero que su aplicación “puede ser difícil por la elevada carga asistencial”. El grupo estuvo de acuerdo en que “la estructura propuesta representaba de forma adecuada los cuidados de enfermería, y que el nivel de dependencia reflejaba un aumento de la complejidad de los cuidados”.

La terminología utilizada se consideró “comprensible y el sistema aplicable”, frente al uso de otras herramientas “como NANDA-NIC-NOC”, aunque en algunos casos debía ajustarse la redacción. Se sugirió “cambiar el término valoración por evaluación”. Se discutió sobre la conveniencia de la modificación y se acordó realizarla en todos los casos.

Se discutió sobre la frecuencia mínima de realización cada 24 horas en los procedimientos pendientes y se alcanzó consenso en todos ellos, completando la primera versión de los PCE (Figuras 1,2 y 3).

DISCUSIÓN

En la revisión de la literatura no se han identificado trabajos que especifiquen como llevar a cabo estudios de validez de PCE. En este estudio se utilizó una combinación de métodos, similar a la utilizada por otros autores para el desarrollo de diferentes herramientas¹².

Se optó por un Delphi modificado, facilitando a los expertos en la primera ronda un cuestionario estructurado para evitar una gran cantidad de información poco definida, derivada del uso de una pregunta abierta (Delphi clásico), que puede amenazar la validez del estudio y ofreciendo la oportunidad de hacer observaciones para evitar un sesgo de opinión. La cantidad de expertos en la literatura oscila entre 10 y más de 1000, siendo adecuado un rango entre 10 y 30²². En nuestro caso, participó un grupo heterogéneo de 35 expertos seleccionados en base a sus conocimientos, experiencia y capacidad de hacer contribuciones válidas al tema de estudio. Siguiendo las recomendaciones de la literatura^{13,14,17}, los métodos y niveles aceptables de consenso se establecieron previamente.

Por otra parte, los resultados estadísticos de concordancia y los comentarios de los expertos invitaron a reflexionar sobre la necesidad unificar ítems y mejorar su redacción para adaptar su utilidad al entorno clínico. Debido a ello, la baja tasa de respuesta obtenida tras la cuarta ronda y la necesidad de alcanzar consenso en la frecuencia de realización de algunos procedimientos, se decidió utilizar la técnica de grupo focal para poder completar la primera versión de los PCE.

Figura 1: PCE en el nivel de dependencia Barthel=91-100

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA		TURNO		
		MANANA	TARDE	NOCHE
Día: Fecha: Barthel	Supervisión de la higiene completa una vez al día			
	Control del estado adecuado de higiene una vez por turno			
	Vigilancia de la integridad cutánea y promoción de los cuidados de ésta.			
	Control de la deposición			
	Control de la adecuada micción diaria			
	Confirmar que el paciente realiza las comidas completas			
	Comprobar el adecuado nivel de hidratación			
	Confirmar que el paciente es independiente para ir al servicio			
	Confirmar que el paciente puede vestirse sin ayuda			
	Confirmar que puede deambular sólo, con o sin ayuda de dispositivos			
	Estimular la deambulación una vez por turno (mañana y tarde)			
	Comprobar cada turno si el paciente presenta signos o síntomas de fatiga			
	Confirmar si el paciente se ajusta a los ritmos de vigilia-descanso			
	Establecer una relación de ayuda/Preguntar por su estado general una vez por turno			
	Vigilar las condiciones de la habitación (limpieza, temperatura, orden, etc)			
	Preguntar si ha habido alguna incidencia que le haya molestado			

Figura 2: PCE en el nivel de dependencia Barthel=21-90

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA		TURNO		
		MANANA	TARDE	NOCHE
Día: Fecha: Barthel	Ayudar/suplir al paciente en la higiene completa y el vestido una vez al día			
	Control del estado adecuado de higiene una vez por turno			
	Estimular/suplir en la realización de los cuidados de la piel. Vigilancia de su integridad			
	Control de la deposición			
	Realizar al menos los cambios de pañal cada 4 horas, si precisa			
	Control de la adecuada micción/diuresis diaria y los dispositivos utilizados			
	Ayudar/suplir al paciente a realizar las comidas completas			
	Comprobar el adecuado nivel de hidratación			
	Si el paciente puede, ayudarlo a ir al servicio			
	Estimular la movilidad y los cambios posturales una vez por turno			
	Realizar cambios posturales cada 2 horas, si precisa			
	Realizar fisioterapia respiratoria una vez por turno			
	Confirmar si el paciente se ajusta a los ritmos de vigilia-descanso			
	Establecer una relación de ayuda/Preguntar por su estado general una vez por turno			
	Vigilar las condiciones de la habitación (limpieza, temperatura, orden, etc)			
	Preguntar si ha habido alguna incidencia que le haya molestado una vez por turno			

Figura 3: PCE en el nivel de dependencia Barthel=0-20

		ACTIVIDADES DE ENFERMERIA												TURNO		
														MANANA	TARDE	NOCHE
Día: Fecha: Barthel	Realizar la higiene completa y vestido del paciente una vez al día															
	Control del estado adecuado de higiene cuando precise															
	Realizar los cuidados de la piel una vez por turno y vigilar su integridad															
	Control de la deposición															
	Realizar al menos los cambios de pañal cada 4 horas si precisa															
	Control de la adecuada micción/diuresis diaria y vigilancia de los dispositivos															
	Ayudar/suplir al paciente a realizar las comidas completas															
	Comprobar el adecuado nivel de hidratación															
	Realizar cambios posturales cada 2 horas															
	Comprobar cada turno si el paciente presenta signos o síntomas de fatiga															
	Realizar fisioterapia respiratoria una vez por turno															
	Confirmar si el paciente se ajusta a los ritmos de vigilia-descanso															
	Si es posible, establecer una relación de ayuda															

Sobre los planes de cuidados estandarizados

Diversos autores²³ concluyen en su revisión que el uso de lenguajes normalizados mejora el flujo de trabajo de las enfermeras y la prestación de cuidados. Sin embargo, autores como Juvé-Udina²⁴ afirman que cada vez hay más evidencia sobre que los lenguajes normalizados no reflejan todas las necesidades de cuidados y que son tomados como una imposición por los profesionales.

Los procedimientos utilizados en este estudio fueron extraídos de manuales de enfermería, utilizando un lenguaje cercano a los profesionales, aunque es posible realizar un mapeo de los PCE con lenguajes estandarizados como *Clinical Care Classification*²⁵, NANDA o *International Classification for Nursing Practice (ICNP)*²⁶.

Los resultados de este estudio ofrecen la posibilidad de utilizar un sistema de registro, en papel o electrónico, basado en la categorización de pacientes²⁷ utilizando una escala validada (índice de Barthel) y PCE para cada nivel.

Por otra parte, para que sea un registro fácil de completar²⁸ puede utilizarse la metodología de vías clínicas, considerando cada PCE como una lista de verificación unida a una hoja donde se recogen las variaciones de los cuidados prescritos²⁹. Además, permitiría mantener la individualidad del cuidado, como principal crítica al uso de PCE y utilizar el análisis de las variaciones como un proceso de mejora continua³⁰, por ejemplo estudiando diferencias entre unidades médicas y quirúrgicas. Por último, cabe destacar la posible utilidad de esta herramienta en los ámbitos de la gestión y la educación. Por una parte, la categorización de pacientes puede utilizarse para la estimación de costes o la dotación de personal²¹. Por otra parte, su uso en la educación de enfermería puede ayudar a entender el método enfermero como la aplicación sistemática del método científico en la forma habitual de trabajo. Existe una dificultad para implantar registros relacionados con cuidados básicos en unidades médico-quirúrgicas que se puso en evidencia durante el tiempo que duró la investigación y es que, la enfermera responsable de cuidados generales con frecuencia realiza otras actividades relacionadas con cuidados derivados de la enfermedad y en muchos casos, no se perciben responsables del cuidado básico.

CONCLUSIONES

La prescripción de cuidados con temporalidad es una laguna en la literatura y en la gestión de cuidados en unidades médico-quirúrgicas de hospitalización. La metodología utilizada en este estudio ha permitido desarrollar y validar un sistema de prescripción que parece recoger las dimensiones más representativas del cuidado, dentro de las áreas de la toma de decisiones de la enfermería y se aplica durante la adquisición de competencias en cuidados básicos para estudiantes de enfermería, aunque es necesario continuar con el proceso de validación aplicándolo en entornos clínicos reales. Con este sistema de registro y prescripción se puede evaluar la calidad de los cuidados y potenciar el rol responsable de enfermería en las unidades médico-quirúrgicas de hospitalización.

REFERENCIAS

1. Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n.º 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior.
2. ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero.
3. Faeda MS; Perroca MG Care management: agreement between nursing prescriptions and patients' care needs. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2016;24:e2723,
4. Arenas Moya D; Plascencia Gaitan A; Ornelas Camacho D; Arenas Marquez H .Hospital Malnutrition Related to Fasting and Underfeeding: Is It an Ethical Issue? Nutrition in Clinical Practice.2016;31(3):316-24.
5. Schultz A; Bien M; Dumond K; Brown K; Myers A .Etiology and incidence of pressure ulcers in surgical patients. AORN Journal. 1999;70(3):434, 437-40, 443-9.
6. Currel, R; Urquhart, C. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. Cochrane Library. 2009;21(1):CD002099.
7. Pivotto F, Lunardi Filho WD, Lerch Lunardi V. Prescrição de enfermagem: dos motivos da não realização às possíveis estratégias de implementação. Cogitare enferm. 2004;9(2): 32-42 [Acceso el 14/11/2013] Disponible en URL: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1714>
8. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. valoración de la discapacidad funcional: El índice de Barthel. Rev Esp Salud Pública. 1997;71:127-137.
9. Guilherme C, Carvalho EC, Landeros López, M. Relevance of data collection instruments for quality of care. Enfermería Global. 2012;27: 328-36 [Acceso el 14/11/2013] Disponible en URL: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/en_revision1.pdf
10. Shapiro SE, Driever MJ. Clinical Rules as Tool for Evidence-Based Nursing. West J Nurs Res. 2004;12(26):930
11. Cantril JA (1996) The Delphi and nominal group techniques in health service research. Pharmacy practice. 4(2):67-74.
12. Landeta J, Barrutia J, Lertxundi A. Hybrid Delphi: a methodology to facilitate contribution from experts in professional context. Technological Forecasting and Social Change. 2011;78:1629-41.

13. Hasson F, Keeney S. Enhancing rigour in the Delphi technique research. *Technological Forecasting & Social Change*. 2011;78(9):1695-704
14. Chang AM, Gardner GE, Duffield C, Ramis MA. A Delphi study to validate an advanced practice nursing tool. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(10):2320-30.
15. Polit D, Beck C, Owen SV. Is the CVI An acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*. 2007;30(4):459-467.
16. Balanza Galindo S, Morales Moreno I, Guerrero Muñoz J, Conesa Conesa A. Fiabilidad y validez de un cuestionario para medir en estudiantes universitarios la asociación de la ansiedad y depresión con factores académicos y psicofamiliares durante el curso 2004-2005. *Revista Española de Salud Pública*. 2008;82(2):189-200.
17. Escobar-Pérez J. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medicina*. 2008;6:27-36.
18. Giraldo CI, Franco GM. Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. *Avances en Enfermería*. 2008;26(1): 43-58. [Acceso 06 de Febrero 2015]. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12884>
19. Kitson AL, Athlim AM, Conroy T. Anything but Basic: Nursing's challenge in meeting patients' fundamental care needs. *Journal of Nursing Scholarship*. 2014;46(5):331-9. DOI:
20. Mertens EI, Halfens RJ, Dietz E, Scheufele R, Dassen T. Pressure ulcer risk screening in hospitals and nursing homes with a general nursing assessment tool: evaluation of the care dependency scale. *Journal Evaluation of Clinical Practice*. 2008;14(6):1018-25.
21. Ferrús L, Honrado G, Pintado D. Grupos relacionados con el diagnóstico e intensidad de cuidados de enfermería: variabilidad y homogeneidad de los cuidados enfermeros. *Enfermería Clínica*. 2001;10(5):191-99.
22. Varela-Ruiz M, Díaz-Bravo L, García-Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones en el área de la salud. *Investigación en Educación Médica*. 2012;1(2):90-5 [Acceso 05 Febrero 2015] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-descripcion-usos-del-metodo-delphi-90122899>
23. Saranto K, Kinnunen UM, Kivekäs E, Lappalainen AM, Liljamo P, Rajalahti E, Hyppönen H. Impacts of structuring nursing records: a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2014;28:629-47. [Acceso 7 Febrero de 2015] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12094/abstract>
24. Juvé-Udina ME, Zuriguel Pérez E, Fabrellas Padrés N, González Samartino M, Romero García M, Castellá Creus M, Vila Batllori N, Matud Calvo C. Basic nursing care: Retrospective evaluation of communication and psychosocial interventions documented by nurse in the acute care setting. *Journal of Nursing Scholarship* 2014;46(1):65-72
25. Englebright J, Aldrich K, Taylor CR. Defining and incorporating Basic Nursing Care actions into the electronic health record. *Journal of Nursing Scholarship* 2014;46(1):50-7.
26. Wieteck, P. Furthering the development of standardized nursing terminology through an ENP®-ICNP® cross-mapping. *International Nursing Review*. 2008;55: 296–304.

27. Nykänen P, Kaipio J, Kuusisto A. Evaluation of the national nursing model and four nursing documentation systems in Finland- Lesons learned and directions for the future. *International Journal of Medical Informatics*. 2012;81:507-20.
28. De Marinis MG, Piredda M, Pascarella MC, Vincenzi B, Spiga F, Tartaglini D, Alvaro R, Matarese M. 'If it is not recorded, it has not been done!': consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(11-12):1544-52.
29. Bragato L, Jacobs K. Care pathway: the road to better health services? *Journal of Health Organization and Management*. 2003;17(3): 164-180.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia